

Abcessos dos musculos

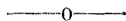
pelo

Prof. Americo Dolerio

Em vários trabalhos cuido dos abcessos dos musculos (miosites supuradas. Entre estes trabalhos realço apenas o seguinte: Miosite supurada gono-blenorrhagica, Jornal de Sífilis e Urologia, n.º 67, Julho 1935, pag. 198). Encerram os meus arquivos, mais seis casos ainda não publicados. O mais importante nestes seis casos é o seguinte: Pertencem ao sexo masculino quatro e ao feminino dois. A idade varia de 19 a 38 annos. Os homens são brevilíneos dois, normolíneo um e longilíneo o outro. As mulheres filiam-se nos normolíneos uma e a outra nas brevilíneas. Dos seis individuos três são brasileiros, dois portuguezes e outro hungaro. A' raça branca pertencem quatro e á negra dois. Em cinco tratava-se de miosite aguda (stafilococos tres, gonococos um, streptococos um). O caso de miosite cronica ligava-se aos creptococos. Dois casos realizavam a sindromologia da *miosite aguda de abcessos multiplos*. Nos outros quatro casos era a *miosite aguda de um só abcesso*, mas o da miosite cronica encerrava apenas 5 cc. de pús. Em todos os seis casos havia antecedentes gono-blenorragicos. Em um era manifesto o passado sífilítico (cancro duro balanico, aos 21 annos, Wassermann e Kahn fortemente positivos). Mas fizera longas terapeuticas periodicas pelo 914, Hg e Bi. Comtudo, a miosite resistira ao tratamento anti-luetico. Em os outros cinco os testes de Wassermann, Kahn e Hecht foram, repetidamente, negativos. Nem um accusava passado palustre. Só um queixava obstipação cronica. Nada apurei quanto aos indícios tuberculosos. No que respeita á avitaminóse B, em fóco pelo trabalho de J. Pergola (*Myosites. Abcés des muscles*, 177 pags., 1935, Masson, editôres), nada deparei. Destes meus seis casos de abcessos dos musculos tres pertenciam ao quadriceps crural, e dois ao grande peitoral e um ao braquial anterior. As hemoculturas foram positivas em cinco. Em o de miosite aguda gonococcica as hemoculturas foram negativas. Em os seis casos o exame bacteriologico e as culturas positivaram os respondeis.

Quanto aos dois casos de miosite streptococcica em um os streptococos eram hemoliticos (miosite cronica) e no outro não eram hemoliticos. A devassa histologica provou inflamação do tecido conjuntivo interfascicular e degenerescencia das fibras musculosas. No caso de miosite cronica havia fócos de sclerose. Nos seis enfermos a terapeutica cirurgica, sob analgesia em volta do fóco ou fócos (abertura, exérèse parcial, ampla drenagem) e inecções do proprio sangue, 20 cc. diariamente, curaram-n'os. Na miosite cronica streptococcica pratiquei 20 sessões de dia-

termia após a cicatrização cutânea do foco cirurgico, diariamente, trinta minutos.



E' claro que a via metastatica prepondéra nos abcessos dos musculos Pergola realça as concausas traumaticas (raturas das fibrilas), por-rem meus seis casos ignoravam qualquer traumatismo. Respeito á frequencia do beri-beri e miosites, que os japonezes destacam, o assunto merece revisão. Outra parte, que exige novos estudos, é a das toxinas que desfrutam necróse eletiva ás fibras musculares. Haveria necróse isquêmica pelo edema do tecido conjuntivo e obliteração dos capilares e necróse quimica mercê das toxinas elaboradas pelos germes. O termo necróse é erroneo, nestes casos, pois trata-se de necrobióse. As pesquisas de Rosenow e Ashby e Curshmann, quanto ao miotropismo de certos germes, exigem contra-provas. Pergola realça a miosite superaguda grave, que é nada menos que o miofleimão difuso hiperseptico. O quadro geral apaga o foco ou focos da miosite. Dos 26 casos, que Pergola cita, houve 26 rapidas mortes. O mesmo autor salienta a miosite aguda não supurada resolutive. E o fleimão benigno do musculo. Em 19 casos (11 mono-miosites e 8 poli-miosites) tudo se resolveu "em algumas semanas". O prognostico das miosites agudas, salvo no fleimão difuso hiperseptico é, a meu vêr, benigno. Fraqueza do terreno organico e virulencia dos germes dirigem a marcha clinica. Os streptococos são os mais traçoeiros. Abertura cirurgica, no momento exato, exerése parcial, optima drenagem, resolvem o caso. Proteinoterapia, autohemoterapia, lactoterapia, vaccinas, sôros, etc., injeccões anti-lueticas e reconstituintes, de acôrdo ao caso clinico, auxiliam a cura. Ha casos de miosites cronicas streptococcicas, tal o meu, gonococcicas, estafilococcicas, pneumococcicas e de germes corriqueiros. Estas miosites cronicas e as de origem tuberculosa e luetica, muitas vezes, enquadram-se na "cirrôse muscular". Qual a conduta? Elimine-se logo a sífilis, pelos antecedentes, estigmas, exame clinico, testes serologicos, terapeutica especifica de prova. Afaste-se a tuberculose (antecedentes hereditarios e pessoas, subsidio radiografico e do laboratorio). Pense-se nas desordens inflamatórias pelos outros germes e procure-se qualquer porta de entrada cutânea ou mucosa. Desde que nada se conclúa Pergola aconselha a miotomia exploradôra, que "expõe largamente" o foco. A meu vêr, esta pratica é absurda, pois em quasi todos os casos a miotomia exploradora apenas demonstrará massas lardaceas. E att éo cirurgião se inclina ao sarcôma. Só em um ou outro caso de miosite se notarão massas fungosas e gotas de pús. Quanto a "larga exerése" para fins histologicos acarreta incapacidade funcional. As biopsias tornam-se basicas, mas exigem prudencia. Nas cinco observações de miosite aguda do unico ou varios focos extraí 30 a 125 cc. de pús.